

LA PSIQUIS.....EL SINTOMA, LA ENFERMEDAD Y EFECTO PLACEBO



Claves: Psiquis, síntomas, factores psicológicos, efecto placebo, cambios en la conducta médica.

- Desde sus orígenes, la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones, una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatómica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (des - adaptación) y que, por tanto, tiene en cuenta **los aspectos psicológicos**.
- El ser humano es un conjunto de átomos y moléculas que conforma una célula, tejidos, órganos y sistemas interrelacionados manteniendo relaciones en orden merced al **procesamiento cerebral de la información** (eléctrica-molecular-simbólica) que llega de su interior y de su entorno.
- Es un **sistema complejo** (entidad cuya existencia y funciones se mantienen como un todo por la interacción de sus partes), **abierto** (intercambia materia, energía e información) y **dinámico** (mutante - variabilidad de sus estados), donde **participan** su historia evolutiva (genética), de desarrollo (etapa pre y post natal) y su presente (nicho ecológico – relaciones interpersonales – cultura), el cual, se expresa como un **fenotipo de descendencia** de componentes resilientes y de vulnerabilidad en su personalidad y, su conducta, le confiere su sociabilidad.
- Es obvio decir que el binomio *cuerpo/mente* es algo **indivisible**, profundamente conectado en lo biológico no solo por la ramificación del sistema nervioso (central, periférico y neurovegetativo), sino también, por la conectividad endocrina e inmunológica. Estas redes son trascendentes para aceptar las

nuevas interpretaciones de cómo el **material de la psiquis** llega a los órganos o a las funciones biológicas.

- Cuando la relación *cuerpo /mente* ve alterada su armonía debido a situaciones emocionales, afectivas o pensamientos, inevitablemente, se produce un impacto donde el funcionamiento de la psiquis tiene un rol, para algunos, “participativo”, para otros, “determinante” **pero, no único** en crear exteriorizaciones corporales.
- A pesar de la magnitud y la importancia del problema que suponen estos **síntomas físicos sin organicidad** tanto en atención primaria como en atención especializada y que no pueden ser explicados por una enfermedad somática, la medicina no ha sido capaz de encontrar una solución para nombrar, conceptualizar, clasificar y ofrecer un buen tratamiento a estos hechos clínicos.
- Conceptualmente, estos cuadros se encuentran en una esfera ambigua de pensamiento médico, en algún lugar entre la clínica médica y la psiquiatría. La gastroenterología, neurología y cardiología, por estadísticas, son las especialidades donde es más frecuente la presencia de estos síntomas físicos.
- **¿Falta una explicación consistente en la interacción entre lo físico y lo psíquico?**
- Distintas disciplinas científicas con sus aportes, teorías o hipótesis intentan, cada una, expresar posibles mecanismos pero, decididamente, falta una explicación consistente que haga interpretar “**el todo**” de este vínculo.
- **La mirada biológica** trata de explicar esa relación por intermedio de redes de integración y la **mirada psicoanalítica**, que durante muchos años fue actor principal en el tema tratando de incorporar lo somático a la dinámica y energía de la psiquis, va perdiendo protagonismo porque tampoco pudo explicar mecanismos psicofisiológicos de lo que acontece en el vínculo.

Todo sujeto tiene realidades imaginadas, constructos sociales, ficciones y/o algo en lo que **cree** profundamente y, mientras esas creencias persistan, ejercen una gran influencia. Edificamos conocimientos de realidades en función de experiencias y también de información, a veces desconociendo cuan confiables son las fuentes. De esta manera, nuestro proceso predictivo – cognitivo en pocos segundos, apoyado en **la información acumulada**, nos permite definir si aceptamos o rechazamos, si creemos o no creemos, si sentimos confiabilidad o no la sentimos. Por eso, es que cada uno interpreta y siente la realidad en consecuencia de como se ve (*Intento de ajustar la realidad a mi manera de ver las cosas*).

¿Es fácil para el paciente interpretar cómo actúan las emociones?

¿Puede cambiar sus creencias acerca del síntoma físico?

¿Puede aceptar que hay personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas (**duelo**), y otros que enferman frecuentemente o tienen enfermedades difíciles de curar?

¿Puede evidenciar lo moldeable e influenciabile que es el cuerpo “real” mediante estímulos de acción psicológica?

El síntoma medicamente inexplicable y los estados clínicos “influenciados o determinados” por factores psicológicos tienen en común un **funcionamiento ineficiente de la psiquis** y su causa pueden estar relacionada a su organización mental o en el trabajo de traducción o elaboración psíquica.

- **Cuando el cuerpo habla**, nos referimos a aquellos sujetos en los cuales el **síntoma físico** es la salida en defensa de **un conflicto** en la dinámica de su psiquis. El individuo se aferra a la razón y a la norma y no está dispuesto a dejarse gobernar por los sentimientos, en estos casos, la emoción pasa al plano somático (trastornos somatomorfos, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia).
- **Cuando el cuerpo sufre**, estamos haciendo referencia aquellos sujetos en los cuales la alteración de su psiquis es el mayor determinante de una **lesión orgánica** identificando una enfermedad (trastornos psicosomáticos).
- Ambos grupos, pueden emerger **en cualquier** estructura psíquica, pero lo frecuente es que, estos sujetos, con un funcionamiento psíquico incompleto, **reúnan determinadas características de orden mental, corporal y en su mundo externo** y el síntoma o lesión surge como consecuencia de procesamiento psíquicos tendientes a **evitar descompensaciones o desorganizaciones**.
- **Lo que no resuelves en tu mente, tu cuerpo lo convertirá en síntoma o enfermedad.**

El síntoma.

- El síntoma (**el sentir**) denota un defecto de que algo falta, es una voz, una alarma, el cuerpo está diciendo que algo no va bien en su interior y es lo que concierne al sujeto, atrae su atención, lo preocupa y lo lleva a la consulta (solo se puede comprender lo que resulta aprehensible).
- Es un elemento **subjetivo** que se diferencia únicamente en la *valoración que su poseedor le atribuye; lo siente y lo manifiesta a su manera y sus creencias personales, familiares y culturales dan verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de el (pre concepto)*. Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo **supone** verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa; **cuando se objetiva**, el contenido de la creencia presenta una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como **afirmación**.
- El paciente llega a la consulta de la mano de un síntoma principal, pero encontramos otros síntomas de igual o mayor valor que no son significativos para el sujeto. Nos preguntamos:
 - ¿Porque la conciencia le da mayor valor a un síntoma que otro?
 - ¿En función de que ocurre esa valoración?

- ¿A síntomas semejantes sujetos que se consideran enfermos (internación - tratamiento) y sanos (actividad productiva)?
- El síntoma es insobornable y nos impone sinceridad. Ante su presencia, debemos interpretar que algo quiere aflorar, algo que está en nuestra sombra (ese lugar que utilice para guardar todo lo rechazado) y que con sus reapariciones o sus insistencias nos está indicando que no hemos resuelto el problema con tanta rapidez o eficacia como nos gusta creer. *Puede exteriorizarse en un individuo de una manera y, en otros, de manera diferente, aún proviniendo de la misma falla del funcionamiento psíquico.* Esto se justifica por la complacencia somática, entendiendo la salida del síntoma por el lugar orgánicamente de mayor debilidad, destacando que aún, en un mismo órgano, su expresión puede ser diferente y son los rasgos de la personalidad del paciente los que intervienen para que esto suceda.
- Como explicamos el síntoma físico sin disfunción fisiológica, sin organicidad o síntoma medicamente inexplicable por la medicina tradicional? (35%), a la enfermedad por aspectos psicológicos determinantes? y el alivio después de la administración de tratamientos con sustancias inactivas?(efecto placebo 30%).
- Necesitamos una transformación en nuestras ideas y categorías de pensamientos. Es necesario “**romper**” con el modelo biomédico que se apoya en la alteración de una función para justificar el síntoma y de la mejoría al restituir la función por la aplicación de una sustancia activa; y preguntarnos si el problema no estará en **la narrativa** del paciente. Es necesario entender que asistimos a personas no a poblaciones, lo que significa que examinamos “*cuerpos vividos*”, *con historias de vida (memoria-narrativas), emociones, afectos y no variables fisiológicas. Recibimos padecimiento humano que no siempre encajan en las categorías que el conocimiento científico nos propone para clasificarlos.*
- **La mirada psicoanalítica** que estudia los factores psicológicos conscientes e inconscientes interpreta, a través de la psiquis con funcionamiento atípico, que el anormal procesamiento de la información genera excitación de la estructura mental, y que por la intervención de los mecanismos de defensa, la psiquis logra estabilizarse descargando esa energía al cuerpo físico (**pulsión**) conformando el síntoma a través de un fenómeno llamado, por el lenguaje psicoanalítico, fenómeno conversivo.
- **La mirada psicosomática** necesitó otro elemento que permitiera justificar la lesión orgánica de una enfermedad e incorporó la “estructura psicosomática”, señalando los sistemas electivos de vida interior del sujeto o relacionando sistemas procedentes en su mayor parte de fijaciones genéticas del período de desarrollo. La estructura no atestigua, pero constituye un esquema de la organización dinámica de un sujeto señalando su funcionamiento habitual y permite, teóricamente, prever el modo de reaccionar del individuo a los traumatismos, estrés o conflictos. Además, también permite destacar ciertas características en su funcionamiento: pensamiento operativo, caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin

afectos; normalidad psíquica aparente con buena adaptación social, tendencia a gesticulación corporal o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas, o quejas de dolor físico; inercia de las asociaciones, con respuestas cortas y terminales, escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.

- El “**efecto placebo**” suele ser interpretado como el beneficio sintomático en ausencia de un principio activo. Sin embargo lo único que está ausente es el principio activo, lo que de ninguna manera implica que no se produzcan efectos.
- Todo acto médico administra dos “remedios”. El que contiene una sustancia activa y el rito de su administración. Ambos producen efectos. No es verdad que uno responda a mecanismos fisiológicos y el otro no. Los dos están motivados por modificaciones en la fisiología. No se trata de que uno sea “verdadero” y el otro “inmotivado”. Más bien uno resulta fácilmente explicado por nuestro repertorio de argumentos mientras que el otro exige una transformación en nuestras categorías de pensamiento. La conducta y la subjetividad también son tanto estímulo como respuestas según el caso y requieren de modificaciones fisiológicas para producirse.
- A modo de ejemplo, un paciente asmático se le administra Salbuterol mejora su flujo aéreo bronquial (FEV1), si se le administra placebo eso NO sucede. Pero el grado de “mejoría subjetiva” reportado por los enfermos es casi el mismo. Que un paciente asmático refiera una importante mejoría como consecuencia de una intervención incapaz de modificar su flujo espiratorio por sí misma no es ninguna paradoja, no es un signo de su ignorancia, sino de la nuestra.
- Las **creencias de los médicos** sobre la efectividad del tratamiento, pueden transferirse implícitamente a los pacientes lo que demuestra la importancia de los efectos de la esperanza interpersonal en entornos clínicos (placebo socialmente transmisible).

Los trastornos corporales “ocultan” historias, dramas, biografías y fantasías inconscientes .Chiossa.

Cambios de paradigmas.

- La historia de la ciencia muestra que los cambios de paradigma se producen cuando ninguna de las teorías existentes puede proporcionar una explicación coherente de los datos actuales y esto es lo que sucede con los trastornos funcionales y psicosomáticos. Las teorías se basan en **suposiciones metateóricas no probadas**. El cambio de paradigma se produce cuando se modifican éstas suposiciones metateóricas.
- Las neurociencias en estos últimos años con sustentos científicos proponen hipótesis por redes complejas de integración, un nivel intermedio, el procesamiento predictivo (percepción – cognición) y la atención.

- **Los sistemas de redes de integración** muestran como el material de la psiquis, estimula cambios neurobiológicos en interrelación con el sistema endocrino e inmunológico (PNIE). Las neuroimágenes demuestran como estímulos emocionales negativos pueden asociarse con una activación anormalmente incrementada en las áreas que participan en el reconocimiento de las emociones y la autoconciencia (principalmente la amígdala y el *gyrus cingulate*).
- Se sabe que los sistemas de redes tienen la capacidad de auto organizarse o adaptarse. **Autoorganizaciones** una propiedad por la cual un sistema autoregulado puede aprender a volverse más eficaz. La autoorganización es un término empleado por los teóricos de las redes, pero los psicólogos lo conocen como aprendizaje.
- **La adaptación** propone que el cuerpo es también capaz de aprender y que tiene algunas de las propiedades inteligentes normalmente asociadas con el cerebro y la cognición. Estas propiedades inteligentes del cuerpo—en lugar de solo el cerebro—necesitan el tipo de teoría concebida al nivel intermedio.
- **Este nivel intermedio**, defendido por el psicólogo Michael E. Hyland, es un sistema integrador y adaptativo, igual que el nivel psicológico, representa las propiedades emergentes de un sistema biológico, pero estas propiedades no son psicológicas en el sentido de que no están representadas en la consciencia o en las teorías psicológicas existentes, permite que este vínculo fluya a través de señales de detención y un programa de detención donde la conducta persistente tiene un rol importante, y proporciona otro nivel más de teoría que tiene valor heurístico y explicativo más allá de los niveles psicológicos y biológicos.
- La percepción es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los sentidos. **El "procesamiento predictivo"** de la percepción y **la atención desregulada** ayuda significativamente a una nueva teoría y muestra como la información jerárquica general fluye por el sistema nervioso en la integración de la información sensorial ascendente con las predicciones descendentes sobre la naturaleza de la información sensorial esperada. La diferente ponderación de las dos corrientes de información conduce a predicciones anormales de los datos sensoriales, con una atención anormal enfocada en el cuerpo, dando lugar a percepciones o movimientos anormales.
- Los sesgos cognitivos (también llamados prejuicios cognitivos) son unos efectos psicológicos que causan una alteración en el procesamiento de la información captada por nuestros sentidos, lo que genera una distorsión, juicio errado, interpretación incoherente o ilógica sobre el fundamento de la información (automáticos – escasa o nula conciencia).
- Las limitaciones de nuestra memoria inmediata, la falta de información o la incertidumbre acerca de las consecuencias de nuestras acciones provocan que las personas recurramos de forma sistemática a atajos mentales ("sesgos heurísticos" según la psicología cognitiva) que utilizamos para simplificar la solución de problemas y que nos permiten realizar evaluaciones en función de datos incompletos y parciales. Muchas veces nos equivocamos cuando hacemos estas inferencias, pero los heurísticos son necesarios para liberarnos de la cantidad de procesos mentales que tendríamos que realizar en caso contrario.

- Bajo estos nuevos conceptos se agrupan la mayoría de las opiniones para explicar al síntoma sin organicidad, la enfermedad por factores psicológicos y el efecto placebo intrínseco y/o socialmente influenciable.

Conclusiones.

- **La salud o enfermedad son estados emergentes de un sistema.** La idea de cómo el hombre enferma, por qué enferma, cómo su historia, su presente y sus conductas inciden en el proceso de enfermar, se presenta desde siempre como una polémica fascinante.

La enfermedad se concibe como un desorden en la intimidad de la estructura dinámica de la persona, un fenómeno no lineal, complejo, interactivo y de múltiples causas, resultante de procesos de auto-eco-organización emergente de la interrelación entre sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y este desorden ser expresado somáticamente, anímicamente o socialmente.

Los estados clínicos donde confluyen aspectos psicológicos en la forma de enfermar de un sujeto, el síntoma medicamente inexplicable y el efecto placebo acaban por ser de origen inasible, al menos hasta el actual estado del conocimiento (solo hipótesis). Hay dos aspectos relevantes para destacar, el primero que es productivo y sensato empezar a conocer al sujeto como persona y ver hasta qué punto las variables psicológicas tienen significación en el desarrollo de su proceso patológico y en segundo término, tener presente que el éxito de los tratamientos médicos en “estos cuadros” es muy bajo, dejando una enorme frustración y preocupación para el paciente y la necesidad de búsqueda de soluciones en terapias alternativas, situación válida, con la advertencia de saber que se corren riesgos de contactar personas o centros que realizan **pseudoterapias** (sectas en los servicios sanitarios).

- Vivimos en una sociedad que nos exige un estado de hipervigilancia (amenazas) y de permanente insatisfacción (placer – manipulación), por lo tanto, es importante que el médico pueda determinar si esta frente a un síntoma **adaptativo** (adaptaciones evolutivas) o a un síntoma **disfuncional** (sin significado evolutivo). Si el síntoma es adaptativo (adaptaciones al mundo que nos toca vivir) debemos entender que sus desvíos no son errores a corregir, sino adaptaciones para corregir un error en un contexto determinado. No se deben confundir defectos con adaptaciones y mecanismos con causas.

Nosotros (médicos) orientados a un idioma somático, educados a un modelo homeostático, qué mirada tenemos frente al síntoma medicamente inexplicable? O que una sustancia no activa y su manera de administrarla genere mejoras?

Las estadísticas mencionan que el 80% de nuestras consultas no tienen diagnósticos específicos, entonces, si es así, Podemos entender lo que pasa? Podemos resolver los problemas? Tiene sentido lo que estamos haciendo o estamos necesitamos “nuevas categorías clínicas” porque todo ya cambio?

Perder la oportunidad de orientar conductas adecuadas significa no implementar el tratamiento en tiempo y forma y generar progresión evolutiva en circuitos con mal funcionamiento.

- La medicina es una disciplina humanística y el objeto es la persona. La medicina clínica, es una medicina individual de personas singulares situadas en un contexto particular. Hay momentos en los cuales es necesario interpretar datos duros de la información que nos brindan los métodos complementarios, pero **siempre** es importante la narrativa del sujeto para entender su **padecimiento**.
- La actitud médica debe contemplar una conducta activa e integral, dirigida a modificar las condiciones que crean el y/o los síntomas o la enfermedad y a obtener aquellas condiciones que posibiliten el bienestar. Por más tecnología que exista, nunca voy a saber qué le pasa a mi paciente si no apelo a la tecnología más compleja de toda la humanidad, que es el lenguaje. Yo puedo saber qué tiene, pero no saber qué le pasa. El encuentro con el paciente **no es, ni nunca será**, solamente un ejercicio cognitivo sobre su presunta enfermedad; está siempre indisolublemente unido a las inquietudes, sentimientos, ideas y contexto con respecto a ese malestar. Este hecho hace que muchos pacientes no se sientan escuchados ni comprendidos y es entendible su disgusto cuando la entrevista solo se dirige hacia sus molestias como una alteración biomédica, sin enfocar con atención sus preocupaciones, sentimientos e ideas que expresan en forma directa o en claves sutiles que debemos entender, sin olvidar que la experiencia del síntoma o enfermedad en cada paciente es única.

• BIBLIOGRAFIA.

- **BATEMAN, Lucinda Y Col.** (Octubre 2019). SINDROME DE FATIGA CRONICA ENCEFALOMIELITIS MIALGICAS.
- **CHIOSSA, Luis** (2002): El cuerpo en la teoría psicoanalítica. Amorrortu editores.2002.ze24-ze29. Corazón hígado y cerebro. Tres maneras de la vida. Libros del zorzal. Enfermedades y afectos. Alianza editorial.
- **CHEN, P.A., CHEONG, J.H., Jolly, E.**(2019)*et al.* EFECTO PLACEBO TRANSMITIDO SOCIALMENTE. Fuente: NatHumBehav (2019) doi:10.1038/s41562-019-0749-5
- **CASINO Gonzalo** (2019) PLACEBO SIN ENGAÑO.INTRAMED.
- **FINNISS, Damien** (2010).EFECTO PLACEBO. NOVEDADES BIOLOGICAS, CLINICAS Y ETICAS.. Lancet 2010; 375: 686–95
-
- **FLICHTENTREI, Daniel** (2019).EL CEREBRO CLINICO. INTRAMED.
- **HYLAND, Michael**(2017) DOLOR,FATIGA: CADA VEZ MAS FRECUENTE Y MENOS COMPRENDIDO. *Journal of DevelopmentalOrigins of Health and Disease.*

- **HYLAND, Michel**(2017). *QUESON LOS TRASTORNOS FUNCIONALES*.
 - **MARTY, Pierre** (2002):La desligadura psicosomática. Amorrortu editores. 2002:ze18-ze21.
 - **MÁRQUEZ LÓPEZ MATO, Andrea** (2011): Los últimos serán los primeros. Editorial Sciens.
 - **MAGLIO, Francisco** (2009): La dignidad del otro. Libros del zorzal.
 - **ONGARO Y Col** *Fuente: Pain: doi: 10.1097/j.pain.0000000000001367 Topical Review .SINTOMA, PLACEBO Y CEREBRO BAYESIANO.*
 - **RAQUEL, Gabriel** (2007): *Enfermedad Médica y trastornos mentales. Psicosomática (Parte 1).Tratado en Actualización en psiquiatría.* Capitulo XVIII. Sciens Editorial.
- Revista Canadiense de Psiquiatría** (2017).EL SORPRENDENTE PODER DE LOS PLACEBOS
- **SUEREZ RICHARD Manuel**.(2002).La psiquiatría en la medicina general. Síndromes Somaticos Funcionales. Trastornos somatomorfos y disociativos. Pag 259-275.2002.
 - **ZUKERFELD E., ZUKERFELD RZ.** (1999):Psicoanálisis. Tercera tópic y vulnerabilidad somática. Editorial Buenos Aires.